

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

812

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard ALLIBERT

Interne des Hôpitaux Privés de Paris

Né le 22 novembre 1929, à Cherbourg (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le

195

NOTES SUR
LE TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES
PAR L'OPÉRATION DE WHITEHEAD

Président : M. J. PATEL, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : ALLIBERT

Prénom : BERNARD

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :



(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

ALLIBERT (BERNARD) —
Notes sur le traitement des hé-
morroides par l'opération de
Whitehead. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1958, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

ALLIBERT (BERNARD) —
Notes sur le traitement des hé-
morroides par l'opération de
Whitehead. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1958, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

ALLIBERT (BERNARD) —
Notes sur le traitement des hé-
morroides par l'opération de
Whitehead. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1958, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).

ALLIBERT (BERNARD) —
Notes sur le traitement des hé-
morroides par l'opération de
Whitehead. — Paris, Imp. R.
Foulon, 1958, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1958, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard ALLIBERT

Interne des Hôpitaux Privés de Paris

Né le 22 novembre 1929, à Cherbourg (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le

195

NOTES SUR
LE TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES
PAR L'OPÉRATION DE WHITEHEAD

Président : M. J. PATEL, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Port-Royal VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.	MM.
Anatomie	Neurologie
{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i>	LHERMITTE (F.)
{ CABROL (C.)	{ GRASSET (J.)
{ DEBEYRE (J.)	{ LE LORIER (G.)
{ OLIVIER (G.)	{ LEPAGE (F.)
Anatomie pathologique	Obstétrique
{ GAUTHIER-VILLARS	{ MERGER (R.)
{ (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>	{ MORIN (P.)
{ BUSSER (F.)	{ RAVINA (J.)
{ GOUYGOU (Ch.)	{ ROBEY (M.)
Bactériologie	Ophthalmologie
{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>	{ BRÉGEAT (P.)
{ CHRISTOL (D.)	{ DESVIGNES (P.)
Biochimie	Orthopédie
{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i>	{ JUDET (R.)
{ DESGREZ (P.)	Oto-rhino-
{ POLONOVSKI (J.)	laryngologie
{ SCHAPIRA (R.)	{ AUBRY (M.)
Biologie	{ MADURO (R.)
{ BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie
Dermato-	{ BRUMPT (L.-C.)
Syphiligraphie	{ CHABAUD (A.)
Embryologie	{ ABOULKER (P.)
{ TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	{ BARCAT (J.)
Histologie	{ BAUMANN (J.)
{ COIJARD (R.)	{ CAUCHOIX (J.)
{ N...	{ DUBOST (C.)
{ N...	{ FAUREL (J.)
Hydrologie	Pathologie
{ CORNET (A.)	chirurgicale
Hygiène	{ FLABEAU (F.)
{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i>	{ GERMAIN (A.)
{ DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>	{ GOSSET (J.)
Maladies infectieuses	{ LAURENCE (G.)
{ BASTIN (R.)	{ LORTAT-JACOB (J.)
Médecine légale	{ MATHEY (J.)
{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i>	{ OLIVIER (Cl.)
{ GAULTIER (M.)	{ POILLEUX (F.)
{ HADENGUE (A.)	{ THOMERET (G.)
Médecine du travail	{ VERNE (J.-M.)
{ ALBAHARY (C.)	Pathologie expérimentale
Neuro-chirurgie	{ LOEPER (J.)
{ DAVID (M.)	{ MAURICE (P.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale	BODIN (G.)	Pharmacologie . .	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOUVIER (J.-B.)		LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRICAIRE (H.)	Physiologie . . .	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRISAUD (H.)		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CASTAIGNE (P.)		DEJOURS (P.)
	CONTE (M.)	Physique médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEROT (M.)		GOUGEROT (L.)
	DOMART (A.)	Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
	LAMOTTE (M.)		PICHOT (P.)
	LAROCHE (C.-P.)	Psychiatrie . . .	Psychiatrie
	MACREZ (Cl.)		infantile
	MILLIEZ (P.)	Rhumatologie . .	MICHAUX (L.)
	PÉQUIGNOT (H.)		DELBARRE (F.)
	PERRAULT (M.)	Stomatologie . .	CERNÉA (P.)
	RAMBERT (P.)		CHAPUT (Mme A.)
	ROYER (P.)	Thérapeutique .	CHASSAGNE (P.)
	THIEFFRY (St.)		Urologie
Pédiatrie	TURIAF (J.)		KUSS (R.)
	WOLFROMM (R.)		
	N...		
	JOSEPH (R.)		

MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKY (Cl.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		
	LÉGER (L.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)		
	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique . . .	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert)		
	HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>	Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)
	KOURILSKY (R.)		
	MARCHAL (G.)		
Clinique neurologique . .	DE SÈZE (S.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires } Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Avec toute mon affection.

A MA FEMME

A CHRISTIAN

A MES FRERE ET SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Professeur de Technique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR STAUB

*Qui nous a fourni le sujet de cette thèse,
et nous a aidé à sa rédaction.*

A MES PATRONS DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR S. BLONDIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. RAVINA

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOIR

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNALOU

MONSIEUR LE DOCTEUR PERON

INTERNAT DES HÔPITAUX PRIVÉS :

MONSIEUR LE DOCTEUR LAURENT

MONSIEUR LE DOCTEUR RODIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BONAMY

CHAPITRE I

Bien que HIPPOCRATE ait considéré les hémorroïdes comme un émonctoire souvent nécessaire à la conservation de la santé, il ne craignit pas de leur opposer dans certains cas un traitement vraiment chirurgical. A en juger par ses écrits, les difficultés opératoires paraissent avoir été envisagées par lui comme minimales, et les risques à courir à peu près nuls. « L'on peut inciser, exciser, « coudre, brûler et corroder l'anus sans grand dommage, déclare-t-il, et il n'est pas plus difficile d'enlever les tumeurs hémorroïdales que de faire cheminer son doigt entre la peau et la chair du mouton. »

A la suite d'HIPPOCRATE, les médecins des premiers siècles de l'ère chrétienne, CELSE, ORIBASE, GALIEN, ÆTRIUS, pratiquèrent eux aussi l'extirpation des hémorroïdes. Mais ces pratiques chirurgicales ne tardèrent pas à être abandonnées. Le Moyen-Age éleva à la hauteur d'un dogme le respect des hémorroïdes bienfaisantes, voie d'élimination des humeurs peccantes, véritable *noli me tangere*.

Il faut arriver au XIX^e siècle pour voir les chirurgiens, abandonnant les idées trop conservatrices des siècles précédents, devenir plus interventionnistes, et s'efforcer d'appliquer aux varices rectales un traitement plus radical.

DUPUYTREN, AMUSSAT, BOYER, BÉRARD, en France, s'élancèrent les premiers dans cette voie, bientôt suivis de CHASSAIGNAC, GOSSELIN, RICHEL, etc...

Mais les divers procédés de destruction imaginés par ces chirurgiens, caustiques, fer rouge, écraseur linéaire, pince à volati-

lisation, présentaient tous un certain nombre de défauts communs. Ils procédaient tous de la peur de l'instrument tranchant, et des dangers qu'il entraînait à sa suite : les hémorragies et l'infection.

L'on était mal armé, à cette époque, contre les redoutables complications de l'exérèse chirurgicale, et l'on cherchait à les éviter par les moyens détournés des caustiques et du fer rouge. Les résultats, d'ailleurs, étaient loin de répondre toujours au but proposé, et les complications que l'on voulait éviter se montraient beaucoup trop fréquemment encore.

Grâce à l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie, grâce aussi aux perfectionnements apportés à l'instrumentation chirurgicale, et, en particulier, à l'emploi des pinces hémostatiques, une méthode vraiment chirurgicale fut préconisée à la fin du XIX^e siècle contre les hémorroïdes.

C'est à WHITEHEAD, de Manchester, que revient cet honneur. Par diverses publications, dont la première date de 1882, par l'exposé des résultats de sa méthode, il montra que le chirurgien pouvait débarrasser désormais sans grands risques, et d'une façon radicale, un malade d'hémorroïdes devenues trop gênantes.

L'enthousiasme pour le procédé de WHITEHEAD fut vif. Cependant, on ne tarda pas à lui faire des reproches, dont les 3 principaux étaient les suivants :

- une certaine difficulté opératoire,
- les rétrécissements cicatriciels secondaires de l'anus,
- l'atonie sphinctérienne.

Pour parer à ces inconvénients, on vit prendre naissance presque en même temps, divers procédés, dont ceux de QUÉNU, RECLUS et PIQUÉ, en France.

Soixante-dix ans ont passé depuis les publications de WHITEHEAD, et nombreux ont été, et sont encore, les auteurs qui demeurent farouchement hostiles à cette intervention, retenant essentiellement contre elle, les 2 derniers des reproches ci-dessus mentionnés.

A l'occasion d'une quinzaine d'observations, toutes inédites, de malades opérés, ces dernières années, dans le service de chirurgie de l'Hôpital du Perpétuel Secours, à Levallois, nous avons l'intention de montrer, dans ce travail, que ces reproches ne semblent

pas fondés; et que, au prix d'une technique opératoire rigoureuse et minutieuse, et de quelques soins post-opératoires, l'opération de WHITEHEAD apporte à ces malades une guérison totale de leur douloureuse et pénible affection.

Après un bref rappel clinique sur les hémorroïdes, nous exposerons d'abord les différentes méthodes de traitement avant d'envisager plus longuement l'opération de WHITEHEAD.

Enfin, nous mentionnerons les observations, et, de leur étude, tirerons les conclusions qui semblent s'imposer.

CHAPITRE II

Les hémorroïdes sont les varices ano-rectales.

Avec RACHET, on peut dire qu'elles réalisent une affection banale, bénigne, et aisément curable.

— *banale*, par son extrême fréquence. Et c'est pour cela qu'on a trop souvent tendance à leur rapporter, de parti pris, des troubles qui, en réalité, relèvent d'une autre affection. Que d'hémorragies anales ont été étiquetées hémorroïdaires, alors qu'il s'agissait d'un cancer du rectum qu'un simple toucher aurait pu faire reconnaître à temps!

— *bénigne*, dans la très grande majorité des cas, car ses complications graves restent l'exception. Et pourtant, les hémorroïdes réalisent, par leur chronicité et leur fréquence, le type de l'affection obsédante, qui peut entraver gravement la vie de certains malades. A tel point que beaucoup d'hémorroïdaires demandent à être délivrés à tout prix de leur infirmité.

— *aisément curable*, puisque l'on dispose de traitements simples, médicaux ou chirurgicaux. Mais les traitements proposés sont multiples, et ces diverses méthodes ont soulevé des discussions ardentes et parfois intransigeantes.

Raoul BENSAUDE, que chacun s'accorde à reconnaître comme le maître de la proctologie française, et ses élèves, distinguent, anatomiquement, trois types d'hémorroïdes selon leur siège par rapport à l'orifice anal.

— *Les hémorroïdes externes*, situées au-dessous du sphincter, sous la peau, au voisinage de la jonction cutanéomuqueuse, qui se découvrent par l'examen direct de la région ano-périnéale.

— *Les hémorroïdes internes*, uniquement sous-muqueuses, et qui, siégeant à l'intérieur du canal anal, ne peuvent être mises en évidence que par l'examen endoscopique.

— *Les hémorroïdes mixtes* intéro-externes ou marginales, qui empruntent leurs caractères aux deux variétés précédentes et sont recouvertes de muqueuse à leur partie supérieure, de peau à leur segment inférieur.

Quel que soit le type d'hémorroïdes auquel on ait affaire, les varices anales relèvent d'une étiologie commune.

Il existe deux variétés étiologiques d'hémorroïdes :

- des hémorroïdes symptomatiques,
- des hémorroïdes, dites idiopathiques.

1. — LES HÉMORROIDES SYMPTOMATIQUES.

Sont essentiellement causées par des lésions pelviennes : toute lésion du pelvis est en effet, capable d'entraîner une gêne mécanique de la circulation veineuse, et, donc, de donner lieu à des hémorroïdes.

Au premier plan de ces affections, il faut placer les lésions rectales (cancers, tumeurs bénignes, rétrécissements inflammatoires, rectocolites spécifiques ou d'origine inconnue).

De même, les affections génitales, prostatiques, utéro-annexielles, peuvent être à l'origine d'hémorroïdes symptomatiques.

Parmi les causes génitales, une des plus fréquentes est la grossesse. Et on connaît ces poussées hémorroïdaires qui surviennent pendant la gestation ou au moment de l'accouchement, et disparaissent d'ailleurs très rapidement après la délivrance.

A côté de ces lésions locales, toutes les affections capables de donner lieu à une gêne de la circulation portale, peuvent être à l'origine d'hémorroïdes, telles sont surtout les affections hépatiques, particulièrement les cirrhoses alcooliques, le foie cardiaque.

2. — LES HÉMMORROIDES IDIOPATHIQUES.

Mais dans bon nombre de cas, l'examen le plus attentif ne permet de révéler aucune gêne mécanique circulatoire. Il s'agit d'hémorroïdes idiopathiques, dans la genèse desquelles, il faut souvent incriminer un terrain un peu spécial.

Les hémorroïdes se rencontrent plus particulièrement chez les obèses, les pléthoriques, les sédentaires (Raoul BENS AUDE signalait leur fréquence chez les chauffeurs de taxis). Le rôle du terrain apparaît dans le caractère parfois familial de cette affection : trois de nos observatinos concernant trois sœurs en est un exemple.

Elles sont habituellement inséparables d'une fragilité du tube digestif; la constipation est, en effet, un des facteurs essentiels dans la genèse des varices anales, agissant à la fois par la gêne mécanique qu'elle entraîne, et par l'irritation causée par l'abus de laxatifs.

Ailleurs, au contraire, les malades sont des diarrhéiques; et c'est l'irritation de la muqueuse par les selles répétées qui paraît dès lors en être le facteur principal.

ETUDE CLINIQUE

1. — LES HÉMMORROIDES EXTERNES.

Elles ne se manifestent que par une seule de leurs complications : la thrombose.

Celle-ci se traduit par une douleur vive, survenant brusquement au niveau de la région anale, en même temps qu'apparaît une tuméfaction douloureuse. Les malades éprouvent souvent de la peine à garder la position assise.

A l'examen,

on constate en pleine marge, sous la peau, une tuméfaction de dimension variable pouvant atteindre celle d'une noix, aux contours lisses et réguliers, de coloration bleuâtre, très tendue, très douloureuse au toucher.

Le traitement de cette thrombose hémorroïdaire est facile : avant le quatrième jour, il faut inciser l'hémorroïde et évacuer le caillot. Après le cinquième jour, l'hémorroïde cesse d'être douloureuse, et le traitement médical dont nous reparlerons, suffit pour accélérer la guérison.

2. — LES HÉMORROIDES INTERNES.

P. HILLEMAND différencie les hémorroïdes internes « incident », des hémorroïdes « maladie »,

— *Les hémorroïdes « incident ».*

Se manifestent par une gêne occasionnelle, survenant chez des sujets en bonne santé apparente, et se traduisent uniquement par de petites poussées hémorroïdaires : un peu de ténesme, quelques douleurs anales, un léger gonflement local, gênant et prurigineux, parfois un petit écoulement séreux.

Ces poussées hémorroïdaires durent de deux à huit jours, et évoluent spontanément vers la guérison. Survenant sans cause appréciable, ou à l'occasion d'un excès alimentaire, d'une poussée de constipation ou de diarrhée, elles peuvent rester absolument isolées, ou se répéter à intervalles éloignés. Chez des sujets prédisposés, elles se répètent de plus en plus fréquemment, s'accompagnant alors d'hémorragies, de procidence : la maladie hémorroïdale est constituée.

— *Maladie hémorroïdale.*

Outre les poussées, deux symptômes la caractérisent donc :

Les hémorragies, le plus souvent, surviennent après la défécation, arrosant les selles en pluie de sang rouge. Mais elles peuvent aussi réaliser tous les types, et on ne saurait poser le diagnostic d'hémorroïdes, sur le seul caractère des hémorragies.

— Le prolapsus peut être :

- intermittent, sortant à chaque selle et rentrant facilement, plus ou moins marqué,
- ou permanent, réalisant une véritable infirmité, nécessitant des soins de propreté constants, et que l'on rencontre fréquemment chez des sujets âgés.

L'interrogatoire des hémorroïdaires ne sera pas complet tant que l'on n'aura pas précisé s'il existe des troubles digestifs, et notamment des troubles de l'exonération intestinale, constipation ou diarrhée.

A l'examen,

L'inspection de la région anale ne montre souvent rien, ou un léger bourrelet mariscal. Parfois cependant, il permet de mettre en évidence une procidence hémorroïdaire.

Les hémorroïdes échappent souvent au toucher rectal : on peut, cependant, parfois, les percevoir sous forme de replis muqueux, verticaux, mobiles, non douloureux, de consistance élastique, qui correspondent à des hémorroïdes déjà volumineuses.

Le diagnostic d'hémorroïdes sera surtout fait par l'examen endoscopique; celui-ci devra obligatoirement comporter une rectoscopie, indispensable pour éliminer une lésion grave susjacente. On sait, en effet, que les varices anales peuvent être symptomatiques d'une lésion rectale ou sigmoïdienne.

L'examen anuscopique montrera, tantôt une anite simple (rougeur carminée diffuse du canal anal et de la région hémorroïdaire), tantôt, au contraire, des hémorroïdes caractérisées : gros bourrelets réguliers à surface lisse, délimitant entre eux une lumière étroite par laquelle on conserve, en profondeur, une vue sur l'ampoule; la muqueuse qui les recouvre est congestionnée, écarlate, et l'on y voit s'y dessiner les mailles d'un riche réseau capillaire.

Les hémorroïdes se disposent le plus souvent en un bourrelet circulaire. Parfois, cependant, une ou deux formations variqueuses plus volumineuses présentent un aspect pseudo-tumoral.

La muqueuse rectale, immédiatement au-dessus du canal anal, est le plus souvent normale. Parfois, cependant, une rougeur carminée de l'extrémité inférieure de la muqueuse ampulaire, traduit une rectite sus-hémorroïdaire.

Les hémorroïdes évoluent par poussées successives, séparées par un intervalle plus ou moins long, chaque poussée étant suivie de l'aggravation des symptômes. Leur évolution est émaillée de complications.

Nous n'étudierons pas ici ces complications, car ce serait passer en revue la plus grande partie de la pathologie anale. Nous ne ferons que citer les complications à proprement parler hémorroïdaires : hémorragies graves, prolapsus permanent, thrombose hémorroïdaire, cryptopapillite, troubles urinaires (sur la fréquence desquels P. OURY a attiré l'attention). D'autres complications, en effet, réalisent en elles-mêmes une maladie : c'est le cas de la fissure anale, des abcès et fistules ano-rectaux, du prurit anal, de la névralgie ano-rectale.

CHAPITRE III

Le traitement des hémorroïdes doit associer un traitement général au traitement local.

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL

Pour RACHET, suffit à beaucoup d'hémorroïdaires, et peut, dans bien des cas, prévenir les accidents ultérieurs, et entraver le développement progressif de l'affection. « Base indispensable de toute autre thérapeutique locale, curative ou palliative, dit-il, qui, sans lui, sera toujours incomplète. C'est à la méconnaissance de ce traitement général que sont dus la plupart des incidents et des échecs des traitements locaux. »

Signalons, cependant, que certains auteurs font peu de cas de ce traitement médical. R.B. HENRY, dans son manuel pratique de proctologie, écrit : « Nous nous garderons de nous étendre sur les traitements médicaux des hémorroïdes. Leur efficacité est limitée. Elle est, en tous cas, très fugace et leur action est tellement dépassée par le traitement sclérosant qu'elle paraît dérisoire. Ce n'est que dans de rares cas qu'on aura à la mettre en œuvre, par exemple lorsqu'un malade refuse le traitement sclérosant ou que des conditions d'éloignement l'empêchent d'en profiter. »

Ces deux citations n'ont pour but que de montrer les divergences de vue des différents auteurs en ce qui concerne le traite-

ment des hémorroïdes, divergences que nous avons déjà signalées, et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

Quoi qu'il en soit, le traitement médical consiste avant tout en prescriptions d'hygiène alimentaire : il faut proscrire les aliments épicés, les boissons alcoolisées, le café; restreindre les menus de ces pléthoriques gourmands, éviter la sédentarité.

On traitera avec soin les troubles de l'exonération intestinale. La constipation, par les laxatifs simples, non irritants; l'abus de suppositoires laxatifs peut être une cause d'irritation hémorroïdale. La diarrhée, par du bismuth, au besoin par des opiacés, après avoir éliminé, par des examens de selles, une parasitose ou une diarrhée infectieuse.

Le traitement médical fera usage d'applications locales, compresses chaudes, bains de siège chauds.

On précisera également divers suppositoires dont il existe de nombreuses variétés spécialisées, et qui sont à base pour la plupart de sels de bismuth ou de collargol à 10 %, auxquels on adjoint de la stovaine, de la cocaïne, de l'extrait thébaïque, de la belladone.

En même temps que les suppositoires, on administre des gouttes de différentes préparations phytothérapiques : teinture de cupressus, de céru, extrait fluide d'hamamélis, intrait de marron d'Inde surtout, à fortes doses.

LE TRAITEMENT LOCAL

Peut être physiothérapique, par injections sclérosantes, ou chirurgical.

a) LE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE.

Utilise les rayons X et les courants de haute fréquence.

La radiothérapie est faite à dose anti-inflammatoire de 120 à 150 r. On fait trois à quatre séances séparées par un jour d'intervalle.

Le courant de haute fréquence le plus employé, est l'effluvation avec une électrode métallique de Doumer, ou à vide, à raison de dix à douze séances de 20 minutes chacune, trois fois par semaine.

A ce traitement, certains préfèrent la diathermie chauffante, ou les ondes courtes pratiquées à un rythme analogue.

b) LES INJECTIONS SCLÉROSANTES.

En 1871, MITCHELL entreprit le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes. En France, R. BENSUADE adopta la méthode en 1920 et, dans les années suivantes, la perfectionna, donnant finalement sa préférence à l'injection sous-muqueuse d'une solution de 5 cm³ de chlorhydrate de quinine et d'urée à 5 %.

Suivant cette technique, les injections sclérosantes sont pratiquées au-dessus de la lésion, sus-hémorroïdaires, en muqueuse saine. On pratique une injection par semaine. Six injections suffisent, en général, pour une série.

Mais deux incidents peuvent se produire :

- immédiatement après l'injection, une douleur assez vive et de peu de durée,
- deux à trois jours après l'injection, une escarre.

Pour ces raisons, certains auteurs préconisent l'injection d'une solution huileuse phéniquée à 5 %, qui n'est pas douloureuse et non escarifiante.

Il existe un autre type d'injections sclérosantes. C'est l'injection en pleine zone hémorroïdale, visant à la destruction des varices anales. Mais LAMBLING a signalé aussi l'obtention presque constante d'une thrombose. En outre, cette méthode, peu utilisée en France, a l'inconvénient d'entraîner de vives douleurs pendant trois à quatre jours.

c) LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il peut utiliser le courant diathermique, ou les méthodes sanglantes.

Suivant l'impulsion donnée par R. BENSAUDE et André CAIN, de nombreux proctologues s'adressent davantage aux méthodes utilisant le courant diathermique. Il en existe deux :

— la coagulation sur place, qui doit être faite dans une atmosphère de gaz inerte, en utilisant l'ingénieuse instrumentation décrite par ARNOUS,

— la diathermorésection, qui consiste à exciser au bistouri électrique les paquets hémorroïdaires, en empiétant largement sur la racine cutanée du prolapsus hémorroïdaire, selon une méthode qui est très voisine de l'excision chirurgicale habituelle.

Quant aux méthodes sanglantes, hormis l'intervention de WHITEHEAD qui fera l'objet du chapitre suivant, il faut citer la ligature des paquets hémorroïdaires « qui est une opération facile, et qui, bien indiquée, donne à peu de frais d'excellents résultats » (AMELINE). Si certains chirurgiens préfèrent, pour cette opération, le bistouri électrique, la majorité, cependant, reste fidèle au bistouri ordinaire, considérant que les procédés électriques sont trop escarifiants et prolongent les soins post-opératoires.

« Les résultats de ce traitement, dit RACHET, sont excellents. Mais ils ne sont pas absolument constants, puisque la méthode est incomplète, laissant en place les zones hémorroïdaires angioma-teuses, qui séparent les masses pédiculées. »

CHAPITRE IV

C'est en 1882 que WHITEHEAD publiait, pour la première fois, dans le *British Medical Journal*, un procédé nouveau d'exérèse des hémorroïdes, suivi de la suture de la muqueuse à la peau. Dans cette même communication, le chirurgien de Manchester relatait les circonstances où il avait été appelé à appliquer la méthode opératoire qu'il avait imaginée.

En 1880, il voyait une dame de robuste apparence, qui souffrait depuis 9 ans d'hémorroïdes internes. L'existence lui était devenue à charge, à cause des précautions minutieuses que nécessitent les varices rectales, et des souffrances qu'elle endurait.

A la fin, elle se décida à recourir à n'importe quel traitement capable de la soulager, et WHITEHEAD résolut de tenter chez cette malade l'excision sanglante des tumeurs hémorroïdaires.

Voici en quels termes, il raconte cette mémorable opération :

« La malade, chloroformisée, fut mise dans la position de la taille, et on dilata le sphincter avec les pouces. Nous fîmes ensuite prolaber le paquet hémorroïdal en abaissant la cloison recto-vaginale, avec deux doigts introduits dans le vagin. Les hémorroïdes ressemblaient, comme forme, et comme volume, à de petites tomates. Elles constituaient quatre masses distinctes et inégales. On les divisa en quatre segments par des incisions longitudinales. Cela fut fait sans perdre une goutte de sang; puis, chaque lambeau fut saisi avec une pince, et disséqué de haut en bas, dans les limites de la peau, jusqu'à un point complètement dépourvu des veines variqueuses, c'est-à-dire dans une étendue de 1,5 cm.

On détermina ainsi la formation d'un segment quadrilatère portant en bas les hémorroïdes, et se terminant en haut par la muqueuse saine. Les lambeaux furent sectionnés à leur limite supérieure.

Les hémorroïdes ne tenaient plus ainsi au rectum que par quelques bribes celluleuses, qu'on rompit par traction, en arrachant le lambeau avec des pinces. Le reste de la muqueuse fut ensuite abaissé, et fixé à la peau de l'anus, par des points de suture au fil d'argent.

On répéta la même manœuvre pour tous les lambeaux.

Quand l'opération fut terminée, on avait à peine perdu deux onces de sang. »

La malade guérit complètement, et le résultat fut à ce point parfait qu'elle put bientôt reprendre ses occupations domestiques, et qu'elle ne ressentit jamais, dans la suite, aucun trouble ni aucune souffrance.

Encouragé par ce premier succès, WHITEHEAD, répéta un grand nombre de fois la cure sanglante des hémorroïdes, par son procédé. Pendant cinq ans, il pratiqua systématiquement chez tous ses hémorroïdaires, cette même intervention.

Et, lorsqu'il eut recueilli plus de 300 observations de ses malades, dont les suites opératoires immédiates et éloignées avaient été des plus heureuses, le chirurgien anglais, convaincu de la valeur et de la supériorité de sa méthode sur les méthodes jusqu'ici employées, se décida à faire connaître son manuel opératoire, qu'il avait perfectionné, et dont, il avait répété tous les temps.

Nous ne croyons pas inutile de résumer cette technique, parue dans le *British Medical Journal* (1887) :

1° Après avoir été convenablement préparé et complètement anesthésié, le patient est placé sur une table haute mais étroite, dans la position de la taille. Il est maintenu en place par deux aides.

2° Avec les pouces, on dilate le sphincter. Cette manœuvre paralyse les fibres de l'anneau musculaire et permet le prolapsus de la muqueuse et des paquets hémorroïdaires.

3° On sectionne la muqueuse à son union avec la peau, et on a soin de suivre attentivement les moindres replis cutanés.

4° Une rapide dissection découvre les sphincters externe et interne. On sépare les paquets variqueux de la couche celluleuse à laquelle ils adhèrent. La muqueuse est également décollée et, après avoir coupé aux ciseaux les quelques points résistants, on ramène le tout au-dessous de la ligne d'incision.

5° La muqueuse est alors sectionnée transversalement au-dessus des hémorroïdes, et le bord libre de la muqueuse est fixé, à mesure qu'on l'incise, au bord libre de la peau, par un nombre suffisant de sutures.

Ainsi se trouve complètement enlevé l'anneau de muqueuse qui porte les varices rectales. Quant aux vaisseaux qui saignent pendant l'opération, on les tord au moment de leur section.

Malgré l'optimisme dont faisait preuve WHITEHEAD, dans la publication de ses résultats, de nombreux griefs n'ont pas tardé à être formulés contre son intervention. Et nombreux sont, aujourd'hui, les proctologues qui la rejettent formellement.

Il nous paraît intéressant, avant de publier nos observations, de citer ici l'opinion de quelques-uns de ces auteurs, parmi les plus éminents.

« ... Quant aux interventions qui consistent à disséquer les complètement les techniques de cure radicale et totale type WHITEHEAD, écrit A. BENSAUDE, nous les considérons comme dangereuses et pensons qu'elles doivent être formellement contre-indiquées, car même dans les mains de chirurgiens exercés et correctement pratiquées, elles peuvent donner lieu à ces deux complications sérieuses que sont : l'ectropion de la muqueuse et le rétrécissement post-opératoire. »

ARNOUS, avec BUSSON, écrit de son côté : « Nous rejetons complètement les techniques de cure radicale et totale type WHITEHEAD. Elles comportent des risques certains. Sans doute sont-ils rares, mais, chaque année cependant, il nous est donné d'en observer plusieurs cas. En effet, quelles que soient la valeur et la virtuosité du chirurgien, le risque se résume dans deux complications redoutables et indélébiles : le rétrécissement cicatriciel post-opératoire, ou l'incontinence sphinctérienne. Il est inutile de souligner davantage la gravité de ces infirmités irréductibles. Il ne faut pas sous-estimer non plus le gros inconvénient que représente pour le

malade l'extériorisation secondaire de la suture mucomuqueuse. Nous l'avons observée maintes fois : elle détermine une sécrétion glaireuse extrêmement gênante et malheureusement très difficile à guérir. »

Enfin RACHET est moins catégorique, mais il n'en écrit pas moins : « L'opération de WHITEHEAD serait l'intervention idéale si elle n'exposait à des suites éloignées graves, lorsqu'elle est réalisée de façon incorrecte, ou même lorsqu'elle est pratiquée par des chirurgiens très expérimentés. On peut observer, en effet, soit une incontinence sphinctérienne, soit une sténose rectale ultérieure. La crainte de telles séquelles, même si elles sont rares, incite cependant à réfléchir et, à notre avis, doit faire rejeter un procédé qui peut faire courir de tels risques. »

Une telle unanimité inciterait à rejeter purement et simplement l'opération de WHITEHEAD. Et pourtant, bien entendu, nous nous y refusons. Nous sommes convaincus que cette intervention, loin d'entraîner les complications catastrophiques pour certaines, énumérées plus haut, peut, si elle est menée avec soin, entraîner au contraire la guérison du malade.

D'ailleurs MÉTIVET, dans un article paru en juin 1939 dans la *Presse Médicale*, abonde dans ce sens.

« Les candidats du dernier concours de l'internat, écrit-il alors, qui ont été interrogés sur « les hémorroïdes », nous ont, presque tous, déclaré qu'il ne fallait jamais pratiquer l'opération de Whitehead, parce qu'il s'agit là d'une mauvaise opération, génératrice de graves complications. Ils nous ont dit ce qu'on leur a appris, et ce qui est l'injuste critique d'une excellente intervention. L'opération de Whitehead permet de guérir radicalement et définitivement les porteurs de gros paquets hémorroïdaires : que l'intervention soit le premier acte thérapeutique dirigé contre l'affection, ou qu'elle vienne parfaire le résultat incomplet d'un traitement chirurgical ou sclérosant. Les suites n'en sont mauvaises que lorsque l'opération a été mal pratiquée. »

Il importe donc, selon nous, d'insister sur quelques points précis et, essentiellement, sur la technique opératoire, véritablement clé des résultats favorables.

La dilatation anale doit être modérée.

L'incision des téguments doit porter en bonne place : exactement au niveau de la ligne anocutanée, en tenant compte que, après dilatation de l'anوس et traction sur le bourrelet hémorroïdaire, cette incision se trouve sur le versant périphérique du bourrelet.

Si l'incision est trop périphérique, en pleine zone cutanée, on risque l'ectropion de la muqueuse.

Si l'incision est trop reportée, au contraire, sur le versant muqueux, la suture terminale sera endo-anale et risque de provoquer un rétrécissement.

La dissection de la muqueuse anale doit être poussée haut, afin de permettre un abaissement aisé de la muqueuse et d'éviter toute traction sur les sutures.

Il importe, et ceci est capital, de fixer au sphincter le manchon muqueux abaissé, avant de le sectionner et de faire la suture cutanéomuqueuse.

Enfin, l'hémostase doit être parfaite.

Les sutures seront pratiquées au nylon ou à la soie. Les fils tombent généralement spontanément. L'opération est souvent terminée par un drain anal, entouré d'une compresse imbibée de collargol cocaïné.

D'autre part, un cerclage de l'anوس par un fil de lin noué et serré sur ce drain parachève l'hémostase et constitue un artifice utile dans les cas où la muqueuse est très congestive.

Nous mentionnerons enfin quelques soins pré et post-opératoires. Purge, puis opium la veille de l'opération: l'opium sera maintenu quarante-huit heures après celle-ci: huile de paraffine le cinquième jour.

Les deux jours suivant l'intervention, calmants locaux et généraux. Le drain, quand on en a mis un, est laissé en place quatre jours environ.

Le malade reste couché environ une semaine.

La première selle a lieu après six à huit jours en général.

Dès le septième jour, il est capital de pratiquer tous les jours un toucher rectal doux, mais prolongé plusieurs minutes, dans le but d'éviter la sténose. Cette manœuvre n'étant généralement douloureuse que les deux premières fois, peut et doit être renouvelée pendant trois semaines par le malade lui-même après sa sortie.

LES INDICATIONS

1. — INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL :

a) Les contre-indications du traitement sclérosant :

- gros bourrelet circulaire et procident;
- hémorroïdes ayant déjà fait des complications de thrombose ou d'abcès;
- hémorroïdes associées à une fissure, qui nécessite déjà à elle seule une dilatation;
- hémorroïdes compliquées de fistule.

b) Les échecs du traitement sclérosant :

Même entre des mains exercées, ce traitement peut donner un résultat, soit incomplet, soit temporaire, avec récides au bout de six mois à un an. Mais il faut noter que le traitement sclérosant ne gêne nullement l'intervention ultérieure.

C'est assez dire que le traitement chirurgical des hémorroïdes, loin de s'opposer au traitement sclérosant, le complète éventuellement. Il est d'ailleurs à noter qu'une bonne partie des malades dont nous donnons les observations ont été confiés au chirurgien par le proctologue de l'hôpital.

2. — INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE WHITEHEAD :

Il va sans dire que toutes les hémorroïdes à opérer ne relèvent pas de la technique de Whitehead. Quelques paquets hémorroïdaires non confluents seront traités par la ligature de ces paquets : il est néanmoins indispensable, avant de choisir cette technique, de pratiquer une anoscopie : en effet, à côté des gros paquets hémorroïdaires procidents, il peut exister de petites varices anales visibles seulement à l'anuscopie, et sources de récides ultérieures.

Les indications de Whitehead restent donc :

- les bourrelets hémorroïdaires circulaires, procidents ou non;
- les hémorroïdes avec fistule extra-sphinctérienne; dans ce cas, en effet, le procédé de Whitehead rejoint la technique d'abaissement de la muqueuse disséquée jusqu'au niveau de l'orifice interne de la fistule.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Dans le service de chirurgie de l'Hôpital du Perpétuel Secours, à Levallois, ces cinq dernières années, 24 malades ont été opérés d'hémorroïdes par la technique de ligature des paquets.

Dans le même laps de temps, 18 ont été opérés par la technique de Whitehead. Nous n'avons pu, cependant, revoir récemment que 15 d'entre eux.

Voici, schématiquement exposées, ces observations.

OBSERVATION I

M. Henri M..., cinquante-six ans.

Entre le 22 août 1956, pour rectorragies de sang rouge au moment des selles et douleurs au niveau du canal anal depuis trois mois. Antécédents de dysenterie amibienne. A l'examen, bourrelet circulaire d'hémorroïdes procidentes et congestives. Le toucher rectal ne montre ni tumeur, ni ulcération. La rectoscopie est normale.

Opéré le 28 août : résection circulaire, avec amarrage de la muqueuse au sphincter avant sa section. Sutures au lin, et fil de lin fauflé circulairement. Drain dans l'anus.

Le drain est enlevé après quarante-huit heures.

Première selle, le 6 septembre.

Le 7, on commence la dilatation anale.

Sort du service le 11, avec dilatation anale quotidienne, puis tous les deux jours.

Le 21 septembre, cicatrisation obtenue sans rétrécissement, sans incontinence.

M. M... est revu le 12 mai 1958.

- continence parfaite pour les matières solides, liquides et gaz;
- selles régulières, sans difficultés, sans douleurs;
- pas d'hémorragies;
- à l'examen, pas de prolapsus muqueux; bonne contraction active du sphincter;
- enfin, au toucher, canal anal parfaitement souple.

OBSERVATION II

M. Henri C..., soixante ans.

Entre le 28 mars 1953.

Le malade, ancien colonial, est porteur d'hémorroïdes depuis vingt-trois ans: hémorroïdes internes, saignant parfois, et entraînant de temps à autre de violentes crises douloureuses. Depuis huit jours, à la suite d'une période de constipation opiniâtre, prolapsus rectal hémorroïdaire. Un médecin parvient à réintégrer le bourrelet hémorroïdaire, qui sort à nouveau. Devant ce fait, et parce qu'il souffre intensément, le malade entre dans le service.

Opéré le 11 avril : Whitehead.

Sort le 29 avril.

M. C... est revu le 9 mai 1958.

- pas d'hémorragies, ni de douleurs;
- aucune difficulté pour retenir matières solides, liquides, ou gaz;
- pas de rétrécissement;
- pas de prolapsus muqueux;
- muqueuse parfaitement souple.
- Le malade s'estime absolument guéri.

OBSERVATION III

M. Jules S..., quarante-huit ans.

Entre le 1^{er} décembre 1953.

Pour deux volumineux paquets hémorroïdaires, à midi et à trois heures, celui de trois heures faisant un prolapsus très douloureux, surtout depuis une tentative d'électrocoagulation.

Opéré le 5 décembre : demi-Whitehead, de onze heures à six heures.

Suites banales, hormis la nécessité de sonder le malade les premiers jours.

Sortie, le 16 décembre.

Revu le 27 décembre 1957.

— pas de douleurs au moment des selles;

— pas d'hémorragies;

— pas d'incontinence aux matières. Inconstante incontinence aux gaz.

A l'examen : pas de prolapsus; pas de sténose. Bonne contraction active du sphincter.

OBSERVATION IV

Mme Geneviève D..., vingt-huit ans.

Entre le 28 septembre 1954.

Hémorroïdes apparues progressivement, il y a cinq ou six ans, au décours d'une grossesse; gênant alors la malade à la défécation, mais pas de douleurs permanentes.

Depuis trois ans, aggravation progressive : douleurs permanentes. Station debout prolongée impossible. Gêne à la marche, à la station assise. Défécations très pénibles.

Nette aggravation au cours d'une grossesse, il y a trois ans; et, récemment, au cours d'une nouvelle grossesse.

A l'examen, paquet hémorroïdial procident.

Au toucher rectal, douloureux, on sent la corde hémorroïdaire, dure, qui remonte dans le canal anal.

L'ampoule rectale est normale.

Intervention le 2 octobre.

Les suites immédiates sont simples : première selle le neuvième jour.

Sortie, le 13 octobre.

Quinze jours plus tard, on note une tendance au rétrécissement. On commence les dilatations anales.

Le 13 décembre, après 12 séances de diathermie, la cicatrice est plus souple et permet le passage de l'index. On continuera les dilatations au doigt.

Le 4 décembre 1955, le toucher rectal est facile, indolore. Le canal est souple, se laisse facilement dilater sur toute la circonférence.

La malade est revue en octobre 1956 et en décembre 1957 et, à cette date, s'estime elle-même complètement guérie.

OBSERVATION V

M. Eugène C..., cinquante ans.

Entre le 6 février 1955.

Prolapsus hémorroïdaire, douloureux et hémorragique, dû à de volumineuses hémorroïdes internes que le malade se refuse à faire scléroser.

Ce prolapsus se produit à l'occasion de chaque selle, et même en dehors des selles, lorsque le malade fatigue. Il est envoyé par le proctologue de l'hôpital, qui conseille l'intervention.

Opéré le 10 février.

Ablation de drain le cinquième jour. Première selle le huitième jour.

Sortie le 21 février.

Le 25 février : bonne continence. Le toucher rectal est facile, mais douloureux. Faire calibrage au doigt.

M. C... est revu en mai 1958.

— ni hémorragies, ni douleurs;

— continence parfaite aux matières et aux gaz;

— canal parfaitement souple.

OBSERVATION VI

M. Maurice P..., cinquante ans.

Entre le 6 octobre 1955.

Pour hémorroïdes internes et externes douloureuses. Le toucher rectal montre l'absence de tumeur susjacente.

L'échec du traitement médical, chez ce malade au bon état général, amène le proctologue à conseiller l'intervention chirurgicale.

Opéré le 11 octobre.

On enlève le drain le sixième jour.

Première selle, le neuvième jour.

Sortie, le 27 octobre.

Les selles ne sont pas douloureuses. Il n'existe ni incontinence, ni rétrécissement.

Le malade, suivi à la consultation en novembre, va normalement à la selle.

Revu le 16 mai 1958.

— selles faciles, indolores. Pas d'hémorragies;

— continence parfaite;

— pas de prolapsus muqueux;

— canal parfaitement souple au toucher.

OBSERVATION VII

Mme Alphonsine B..., soixante-neuf ans.

Entre le 7 décembre 1955, envoyée par le proctologue en vue de cure chirurgicale d'hémorroïdes internes. D'abord soignées par injections sclérosantes, elles persistent cependant, donnant lieu à du prurit, à des rectorragies.

Opérée le 13 décembre.

Les suites opératoires sont douloureuses. On enlève le drain le sixième jour. La première selle, le neuvième jour, est douloureuse. Il n'existe ni incontinence, ni sténose.

Et le malade sort le 31 décembre.

Le 6 janvier 1956, on constate une tendance au rétrécissement qui laisse néanmoins passer facilement le médius. On conseille la dilatation quotidienne et ionisation iodurée.

Le 2 mars, après ionisation iodurée, pour assouplir, selles quotidiennes avec laxatifs, pas d'incontinence.

Au toucher rectal, rétrécissement admettant la pulpe de l'index. La malade est revue le 16 mai 1958.

— pas d'hémorragies, pas de douleurs;

— pas d'incohérence;

— au toucher rectal, rétrécissement du canal anal admettant difficilement le médius. Va à la selle tous les jours, avec paraffine.

OBSERVATION VIII

M. Paul L..., trente-huit ans.

Entre le 2 février 1957.

En urgence, pour prolapsus hémorroïdaire étranglé.

Soins locaux, et antalgiques.

Le 5 février, sous anesthésie générale, réduction de prolapsus, drain rectal, avec collargol.

Deux jours après, selle non douloureuse. Le prolapsus s'est reproduit avec beaucoup moins d'œdème, et se réduit presque entièrement, sans difficultés.

On prescrit bains de siège, et suppositoires antihémorroïdaires.

Après une semaine, œdème et aspect inflammatoire ont complètement disparu. Le malade est prêt pour l'intervention.

Opéré le 16 février.

Première selle, une semaine après.

Sortie, le 26 février.

Le 8 mars, selles normales, non douloureuses.

Bonne continence pour les matières et les gaz.

Au toucher rectal, pas de rétrécissement.

Dix jours après, même état. Reprise du travail.

M. L... est revu en décembre 1957.

— Pas de rétrécissement;

— pas de douleurs au moment des selles, pas d'hémorragies;

— pas d'incontinence aux matières.

Malgré une inconstante incontinence aux gaz, le malade s'estime complètement guéri.

OBSERVATION IX

Mme Anaïs M..., soixante-deux ans.

Entre le 8 mai 1957.

Sur la demande du proctologue, pour intervention chirurgicale, la malade présente des hémorroïdes sclérosées à deux reprises, en 1930 et 1945. Et de nouveau, crises douloureuses avec gêne persistante.

Opérée le 11 mai.

Le soir même, choc opératoire, nécessitant une petite transfusion sanguine.

Très vite cependant, la température (axillaire) revient à la normale, tandis que la cicatrisation se fait.

Le huitième jour, première selle.

Dès le neuvième jour, dilatation digitale quotidienne, que l'on poursuivra quinze jours après la sortie de l'hôpital, le 26 mai.

La malade est revue en décembre 1957 :

— ni douleurs, ni hémorragies;

— pas d'incontinence;

— pas de rétrécissement. La malade signale cependant, une certaine difficulté pour aller à la selle, mais ne s'en estime pas moins très améliorée.

OBSERVATION X

M. Jean B..., soixante ans.

Entre, en urgence, le 4 décembre 1957 pour rectorragies par hémorroïdes. Elles ont été traitées par injections sclérosantes en 1938 et 1953, qui ont entraîné de longues cédations (surtout la première tentative).

Depuis septembre 1957, fréquentes hémorragies d'importance minime.

A l'examen, volumineux bourrelet d'hémorroïdes thrombosées, douloureuses. Le toucher rectal ne met en évidence aucune lésion surajoutée.

Après dix jours de traitement par gouttes d'intrait de marron d'Inde, bains de siège, et pansements au collargol, on thermocautérise, dans un premier temps, les paquets thrombosés.

Puis, le 19 décembre, intervention.

Suites banales.

Séances de dilatation digitale quotidienne, puis biquotidienne.

Sortie le 13 janvier.

Le malade est revu fin janvier, en mars et en mai 1958.

— pas de douleurs, ni d'hémorragies;

— selles régulières. Pas d'incontinence aux matières et aux gaz; au toucher, canal souple, admettant facilement le médius.

OBSERVATION XI

Mlle Hélène Y..., cinquante-sept ans.

Entre le 28 janvier 1958, envoyée par le proctologue.

Premières manifestations, il y a deux ou trois ans, avec crises douloureuses de plus en plus rapprochées. Depuis quelque temps, accompagnées d'épisodes diarrhéiques fréquents, sans aucune altération de l'état général.

A l'examen, gros bourrelet.

Opérée le 1^{er} février.

Première selle, le septième jour.

Dilatations digitales à partir du 10 février.

Sort le 17 février.

Revue en mai 1958.

— pas d'incontinence;

— ni douleurs, ni hémorragies;

— au toucher, canal souple.

OBSERVATION XII

Mme Philomène B..., quarante-deux ans.

Entre le 6 février 1958.

Pour un gros prolapsus hémorroïdaire.

Opérée le 8 février.

Première selle, le huitième jour.

Sortie le 24 février.

Le 3 mars, selles non douloureuses, pas d'incontinence aux matières, incontinence partielle aux gaz. Au toucher rectal, perméabilité au médius.

Revue le 12 mai 1958.

— ni douleurs, ni hémorragies;

— mais incontinence aux gaz et aux matières liquides;

— sensibilité normale de la muqueuse anale.

Au toucher, rétrécissement admettant difficilement le médius. La malade n'a pas fait faire ses séances de dilatation. Va les faire faire.

OBSERVATION XIII

Mme Rosine G..., cinquante-quatre ans.

Entre le 2 avril 1958.

Pour un volumineux bourrelet hémorroïdaire.

Toucher rectal et rectoscopie ne montrent aucune autre lésion.

Opérée le 8 avril.

Suites opératoires simples.

Dilatations digitales quotidiennes.

Sort, le 23 avril.

Revue en mai : excellent état.

Enfin, une autre malade, Mlle Y... a été opérée le 22 avril 1958 et il est encore trop tôt pour se prononcer. Mais, revue le 19 mai, elle présente déjà une continence complète et un canal anal parfaitement souple.

Nous citerons à part cette observation d'une malade,

OBSERVATION XIV

Mme Marie R..., cinquante-neuf ans.

Entre le 30 janvier 1958, parce qu'elle présente une fistule anovaginale. L'orifice vaginal est au niveau de la fourchette. L'orifice anal est à 10 mm de la ligne ano-cutanée, à 12 heures (position gynécologique).

Le trajet, drainé par un caoutchouc depuis 2 mois, passe au-dessus du sphincter et du noyau fibreux central du périnée; la mise à plat du trajet apparaît donc dangereuse.

Le 4 février, intervention dont voici le compte rendu :

1° Décollement rectovaginal avec résection en coin de la paroi postérieure du vagin et de la fourchette, emmenant l'orifice fistuleux.

2° Demi-Whitehead postérieur abaissant la muqueuse anale au niveau de l'orifice anal.

3° Dissection et résection du trajet fistuleux dans l'espace anovaginal. Fermeture de la paroi postérieure du vagin. Fermeture partielle du périnée sur mèche iodoformée.

Suites opératoires simples.

Revue le 5 mai. Selles normales, peu douloureuses, pas de rétrécissement, fistule guérie.

De ces observations, que peut-on conclure?

— Une seule malade (*obs. XII*) présente un léger rétrécissement. Encore est-elle la seule qui n'ait pas effectué les séances prescrites de dilatations, sur lesquelles nous ne saurions trop insister.

— Deux malades accusent une certaine difficulté à aller à la selle (*obs. VII - IX*).

— Mais aucun ne présente d'incontinence ni de rétrécissement important, ces deux complications majeures qui ont suscité cette véritable levée de boucliers contre l'opération de Whitehead.

CONCLUSIONS

1. — L'opération de Whitehead ne doit pas être pratiquée systématiquement, et il serait aussi fâcheux, nous semble-t-il, de la considérer comme « l'intervention standard », que de la contre-indiquer formellement. On ne saurait, en effet, mésestimer les résultats intéressants apportés par les autres thérapeutiques, et, notamment, les injections sclérosantes.

2. — L'opération de Whitehead est indiquée chez les porteurs de paquets hémorroïdaires volumineux, avec prolapsus hémorroïdaire; et devant des hémorroïdes qui auront résisté à la cure sclérosante, ou compliquées de fistule.

3. — Il convient d'insister sur la technique chirurgicale; notamment l'incision des téguments doit porter en bonne place. Et il importe de fixer la muqueuse au sphincter avant sa section.

4. — Des dilatations anales au doigt seront pratiquées, tous les jours d'abord; tous les deux jours ensuite, pendant les trois semaines suivant l'intervention.

5. — Enfin il serait bon de suivre les opérés, tous les quinze jours pendant six semaines; puis, une fois par mois, pendant les trois mois suivants.

6. — Ainsi considérée, l'opération de Whitehead permet, nous semble-t-il, de guérir radicalement et définitivement les porteurs de gros paquets hémorroïdaires.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
J. PATEL

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOUS (J.) et BUSSON (A.). — Thérapeutique des hémorroïdes et de leurs complications. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 25.578 A 10.)
- BARTHÉLEMY. — Examen comparé des méthodes aujourd'hui en usage pour l'ablation des tumeurs hémorroïdaires, 1861.
- BENSAUDE (A.). — Hémorroïdes et leurs complications. (*Revue du Praticien*, 1954, tome IV, n° 26.)
- BENSAUDE (R.). — Histoire des hémorroïdes. (*Presse Médicale*, 2 octobre 1937.)
- BENSAUDE (R. et A.). — Incidents et complications du traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes. (*Journ. Belg. gastro-entéro.*, janvier 1938, pp. 1-12.)
- BENSAUDE (R.) et OURY (P.). — Les hémorroïdes et leur traitement (1^{re} édition, 1930.)
- BEVERAGGI (Domingo H.). — Exposicon y critica de la cirurgia de las hemorroides (inyecciones inclusive). — Buenos-Aires, 1934.
- BLOND (V.K.) et HOFF (H.). — Das hämorrhoidalleiden, seine komplikationen und der Behandlung, 1936.
- BUTET (André). — Le traitement médical, curatif, ambulatoire des hémorroïdes. (*Thèse*, Paris 1939, n° 821.)
- CASE (T.C.). — Les hémorroïdes. (*Am. J. of Surg.*, novembre 1950, pp. 584-586.)
- CHARRON. — Traitement des hémorroïdes en médecine générale. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 15 janvier 1942, pp. 29-30.)
- CHASSAIGNAC (E.). — Nouvelle méthode pour le traitement des tumeurs hémorroïdales, 1855.
- COSAL (M.A.). — Les hémorroïdes et leurs médications thérapeutiques. (*Prensa med. Argent.*, 1948, pp. 1473-1477.)
- COURCIÈRES (Ch.). — Résultats éloignés du traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. (*Thèse*, Paris, 1907.)
- DELACROIX. — Manuel des hémorroïdaires, 1829.

- DOERFLER (H.). — « Les hémorroïdes ». (*Munch. Med. Woch.*, décembre 1936, n° 49, pp. 2003-2006.)
- GABRIEL (W.B.). — Traitement des hémorroïdes. (*Brit. Med. Journ.*, 30 septembre 1939, pp. 1266-1269.)
- GALARD-PARIS (J.M.). — Les hémorroïdes et leur traitement. (*Medicina clinica*, anno IV, tome VI, n°5, Barcelone.)
- GARAT (J.A.). — Tratamiento de las hemorroïdes (Buenos-Aires, 1939.)
- HAMILTON (C.J.). — Traitement des hémorroïdes. (*Am. J. Surg.*, décembre 1948, pp. 672-677.)
- HENRY (R.B.) et SIMONETTI (E.B.). — Manuel pratique de proctologie (1954, pp. 43-47.)
- HERRMANNNDORDER (A.). — Résultats et techniques de l'opération des hémorroïdes suivant WHITEHEAD. (*Med. Welt.*, mars 1935, t. 2, n° 13.)
- HILLEMAND et GAUBE (R.). — Traitement médical des hémorroïdes. (*Bull. gén. Thér.*, 1937, pp. 37-40.)
- HIPPOCRATE. — Trad. LITTRÉ, t. II, p. 517; t. VI, p. 437.
- LABAUME. — De l'excision des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. (*Thèse*, Lyon, 1898.)
- LAMBLING. — Nouvelle méthode de traitement des hémorroïdes. Communication à la Société de Gastroentérologie, 12 mars 1945 (parue dans les *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, tome 34.)
- LEBEL (André). — Monographie des hémorroïdes, 1866.
- LE BOITEUX (F.H.J.). — Traitement du prolapsus hémorroïdaire (emploi d'une solution alcoolique). (*Thèse*, Paris, 1956, n° 455.)
- MARCHAND (J.H.). — Les agents physiques dans le traitement des hémorroïdes. (*Bull. gén. Thér.*, 1937, n° 1, pp. 22-32.)
- MÉTIVET (G.). — A propos de l'opération de Whitehead. (*Presse Médicale*, juin 1939, tome 47, n° 47.)
- MILIGAN (E.T.C.) et MORGAN (C.N.). — Le traitement opératoire des hémorroïdes. (*The Lancet*, 13 novembre 1937, pp. 1119-1124.)
- MORGAN (C.N.). — La chirurgie des hémorroïdes. (*Brit. M. Journ.*, 25 février 1939.)
- OURY (P.) et BENSUADE (A.). — Les hémorroïdes et leur traitement (3^e édition, 1950.)
- PALANT (Miguel). — Hémorroïdes. Conceptos actuales de anatomia clinica y terapeutica. (Buenos-Aires, 1937.)
- RAFIN (M.). — Du traitement des hémorroïdes par l'excision, suivie de suture (1890).

- RACHET (J.). — Les hémorroïdes. Diagnostic. Traitement. (*La Pratique médicale illustrée*, 1933.)
- ROUHIER et FUCS. — « Note sur le traitement des hémorroïdes, à propos de quelques accidents des injections sclérosantes ». (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, séance du 27 octobre 1948.)
- SAVIGNAC (Roger). — Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum (1937).
- TOURAILLE (M.). — Traitement par l'excision totale des hémorroïdes (méthode de Whitehead). Résultats éloignés. (*Thèse*, Lyon, 1907, n° 76.)
- VÉRON (F.). — Du traitement chirurgical, et en particulier, de la cure sanglante des hémorroïdes (procédé de Whitehead). (*Thèse*, Paris, 1899-1920.)
- VOGEL (F.). — Une nouvelle thérapeutique des affections anales par le courant électrique. (*Arch. Veid. Krank.*, décembre 1937, pp. 258-269.)
- WHITEHEAD. — *British Medical Journal* (1882).
- Three hundred consecutive cases of hemorrhoids cured by excision. (*Br. Med. Jour.*, 1887, t. I, pp. 449-451.)

